Fecha de la notificación:
Nombre del caso:
Número Nombre del trabajador:
Número Teléfono:
Dirección:

(ADDRESSEE)

Empty box for addressee information.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir del _____, el condado cambiará su asistencia monetaria de \$ _____ a \$ _____. Se discontinuará la asistencia monetaria de _____ a menos que esta persona vaya a la entrevista que hemos programado o nos llame a más tardar en _____, y nos dé un motivo justificado para no hacer lo que el condado le pide o acepte un plan para hacer lo que el condado le pide.

ESTA ES LA RAZON:

_____ tiene un problema en relación a su participación en WTW (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo). Para hablar sobre este problema, hemos programado una entrevista con esta persona para:

_____ a las _____ en _____.

Este es el problema:

- no firmó el plan de WTW
no está participando o no está progresando de manera satisfactoria en la siguiente actividad que se le asignó:
no aceptó un empleo.
dejó el empleo.
redujo sus ingresos.

¿QUE OCURRIRA EN LA ENTREVISTA?

En la entrevista, usted podrá explicar sus motivos para no hacer lo que el condado le pide. Si tiene un motivo justificado, su asistencia monetaria no cambiará. Algunos motivos justificados para no participar son: usted es víctima de la violencia doméstica, no tiene quien cuide a sus hijos, o no tiene transporte. Para obtener información sobre otros motivos justificados, vea su manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo.

También puede llamar a su trabajador de WTW, en vez de ir a la entrevista, para darnos un motivo justificado de por qué no hace lo que el condado le pide, o para aceptar un plan para hacer lo que el condado le pide. Póngase en contacto con _____ llamando al _____ - _____.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: Normas para la Implementación de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños), sección XI; Código de Bienestar Público e Instituciones 11327.4, 11327.5

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de

Table with 2 columns: Description and Amount. Rows include Total de ingresos provenientes de un negocio, Gastos del negocio (Estándar del 40%, Gastos verdaderos), and Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia.

Table with 2 columns: Description and Amount. Rows include Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad, Deducción de \$225, Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos, Total de ingresos ganados, Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia, Subtotal, and Deducción del 50% de los ingresos ganados.

Ingresos netos contables

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de

- 1. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia)
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia)
3. Ingresos netos contables de la Sección A
4. Subtotal
5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia solamente) (excluyendo a las personas que han sido sancionadas)
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente)
7. Subtotal de asistencia máxima
8. Subtotal de asistencia del mes completo (La cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor)
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes
10. Ajustes: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos, Pago excesivo, Otras sanciones, Cantidad adicional
11. Cantidad mensual de asistencia monetaria (Línea 8 ó 9 después de los ajustes)

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(Continuación)

Fecha de la notificación _____

Número del caso _____

Número _____

Si no puede asistir a esa entrevista, puede llamar a su trabajador de WTW a más tardar en _____ para programar otra entrevista. Solamente puede volver a programar esta entrevista una vez.

Si se decide que _____ no tuvo un motivo justificado para no hacer lo que el condado le pide, haremos un plan para que esta persona haga lo que el condado le pide. Se espera que _____ acepte el plan o se discontinuará la asistencia monetaria de esta persona.

Si se discontinúa la asistencia monetaria de usted, necesitaremos a una persona autorizada para recibir los pagos de asistencia de su familia. Se los podemos mandar a alguien en quien usted confíe. Dele el nombre y la dirección de esa persona a:

Trabajador del condado: _____

Calle, ciudad, zona postal: _____

Teléfono () _____

No pagaremos los gastos de cuidado de niños ni de transporte de _____, ni los gastos relacionados al trabajo o entrenamiento, mientras que esta persona no esté recibiendo asistencia monetaria.

Si esta persona no soluciona el problema relacionado a la participación antes de _____ y se reduce la asistencia monetaria de usted, es posible que su asistencia monetaria vuelva a subir si usted es elegible y:

si _____ coopera.

si _____ coopera, después de _____.

Si esta persona tuvo un motivo justificado para no participar, le ayudaremos para que pueda hacer lo que el condado le pide.

HAY CUIDADO DE NIÑOS Y TRANSPORTE A LA DISPOSICION SI SE NECESITAN PARA ASISTIR A LA CITA.

Si se necesita ayuda con el transporte o cuidado de niños para poder asistir a la cita, llame a su trabajador de WTW.

Esta persona puede recibir ayuda gratuita en relación a esta cita a través de:

Oficina de asesoramiento legal: _____

Oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública: _____

CCWRO (Coalición de Organizaciones de California para la Defensa de los Derechos Relacionados a la Asistencia Pública): _____

En esta notificación se calcula su nueva cantidad de asistencia monetaria.